



Política sobre la responsabilidad financiera del paciente

Orthopedic Associates of Lancaster, Ltd (OAL) agradece la confianza que usted ha mostrado al elegirnos a nosotros para sus necesidades ortopédicas y estamos comprometidos a proveerle la mejor atención posible. Los servicios médicos que usted busca implican una responsabilidad financiera de su parte. Su entendimiento claro de nuestra política sobre finanzas es importante para nuestra relación. Por favor, siéntase en libertad de preguntar si tiene alguna pregunta sobre su responsabilidad financiera.

Nuestra recepcionista le puede pedir ver su tarjeta de seguro durante cada visita y va a escanear la tarjeta en nuestro Sistema según sea necesario para mantener nuestra información al día y para facilitar la facturación precisa a la compañía de seguros.

Co pagos: Su plan de seguro determina su co pago y ellos exigen que nosotros cobremos su co pago asignado al momento de proveer los servicios. Por favor, este preparado para pagar el co pago en cada visita. Si no puede pagar su co pago en el momento de la visita, se le cobrará una tarifa de \$5.00.

Pago de su bolsillo: Usted será considerado que paga de su bolsillo si no tiene cobertura de seguro. El pago se espera al momento de recibir los servicios. Un depósito de \$100.00 será necesario al comienzo de su cita y el saldo debe ser pagado después. Si usted no puede pagar el saldo en su totalidad, será necesario que visite la Oficina de finanzas para determinar las opciones de pago.

Planes de seguro no participantes: Como una cortesía hacia nuestros pacientes, OAL (por sus siglas en inglés) facturará a su plan de seguro no participante. Cualquier saldo pendiente es la responsabilidad del paciente.

Referidos: Si su plan de seguro exige un referido de su médico principal, **es la responsabilidad del paciente** obtener su referido antes de su cita y traerlo con usted el día de la cita. Si no tiene el referido, **PUEDA SER QUE TENGA QUE CAMBIAR LA CITA.**

Accidente automovilístico/Casos de compensación al trabajador: Los pacientes han de ser financieramente responsables de los servicios médicos relacionados con accidentes automovilísticos/compensación al trabajador. Es la responsabilidad del paciente notificar a OAL sobre la fecha de la lesión, el número de reclamación, la dirección de la compañía de seguros, número de teléfono y persona de contacto. Si se gasta la reclamación de vehículo de motor, o su reclamación a la compensación al trabajador es denegada, será la responsabilidad del paciente presentar a OAL cualquier otro plan de seguro que tenga, o los cargos serán considerados la responsabilidad del paciente. Si su plan de seguro no es un plan participante con OAL y su reclamación de vehículo de motor se gasta o la compensación al trabajador se niega a pagar, usted será responsable por cualquier cargo que no sea pagado.

Medicare: OAL le presentará una reclamación al Medicare y cuando se reciba, le enviará una factura a su seguro secundario si alguno se aplica. El paciente será responsable del deducible y el co seguro (seguro compartido), si usted no tiene seguro secundario.

Servicios no cubiertos: Como parte de su tratamiento, su médico puede recetar equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés). OAL hará todo esfuerzo por autorizar este servicio (si es necesario) con su compañía de seguros. En el caso de que su compañía de seguro se niegue a pagar este artículo, o usted no tenga beneficios de DME, usted será responsable por cualquier saldo. **El equipo médico duradero no es reembolsable y no se puede devolver.**

Casos de la custodia de menores: El padre que firma por los servicios será responsable de todos los cargos que no hayan sido pagados.

Discapacidad/FMLA (por sus siglas en inglés)/Formularios de seguro: Cada formulario necesita un pago previo de \$15.00 antes de que se llenen los formularios. Estos formularios toman de 7 a 10 días hábiles para completarse.

Cargo por cheques devueltos: Cualquier cheque devuelto por el banco sin ser pagado (insuficiencia de fondos) resultará en que se añada un cargo de \$25.00 por cada cheque devuelto por el banco sin pagar.

Responsabilidad financiera del paciente: Entiendo que si no hago el pago por los servicios que se deben, OAL tomará toda acción necesaria y apropiada para coleccionar de mí el pago de cualquier dinero pagadero a OAL, pero no se limita al uso de agencias de colecciones o abogados. Yo seré responsable de cualquier y todo cargo asociado con estos esfuerzos para coleccionar el pago.

ACEPTAMOS DINERO EN EFECTIVO, MASTERCARD, VISA, DISCOVER Y CHEQUES.

Por este medio autorizo a OAL a revelar toda la información medica a las compañías de seguros y o centros del Medicare/Medicaid perteneciente a mi enfermedad y tratamiento y por este medio asigno el pago a OAL por los servicios prestados a mi/persona que depende de mí. Entiendo que **SOY RESPONSABLE DE CUALQUIER CANTIDAD NO CUBIERTA POR MI SEGURO.**

Firma del paciente, Poder legal, o Guardián si se trata de un menor Fecha